Di due sarcomi faringo-esofagei operati

GUARIGIONE

COMUNICAZIONE DEL SOCIO ORDINARIO

Prof. A. D'ANTONA

Estratto dagli Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli
Anno L, Nuova Serie, N. 2.

NAPOLI
Stab. tip. del Cav. A. Tocco
S. Pietro a Maiella, 31
1896

Di due sarcomi faringo-esofagei operati. Guarigione

Comunicazione del socio ord.º Prof. A. D'ANTONA.

I due casi dei quali oggi vado a riferire all'Accademia, meritano una speciale considerazione. Invero simili tumori non sono rari; ma i casi operati sono pochi.

L' operazione richiesta fu ideata ed eseguita sul cadavere da Malgaigne nel 1834, e poco dopo, da Widal. — L' operazione allora consisteva nel tagliare il ligamento mediano tiro-ioïdeo, e fu detta malamente laringotomia.—Più tardi Richet la denominò più opportunamente faringotomia.

Trascorsero 25 anni, ed un medico francese in Taiti, il Prat, per provvedere ad un piccolo fibroma nello spazio epiglottico-ioideo, per cui il glottide minacciava di essere occluso, eseguì nel 1859 la operazione di Malgaigne. Ma fu veramente il Langenbeck, nel 1862, che procedè all' apertura larga del faringe tagliando largamente tutta una metà della membrana tiro-joidea, per estirpare appunto un fibroma. D'allora, sino al 1883, furono eseguite 19 faringotomie, e riassunte da Bergmann in una conferenza tenuta in seno alla Società Medica di Berlino.

Nel 1884 Iversen aggiunse altri 5 casi della clinica di Copenaghen; e nel 1890 Aplavin ne raccolse altri 4. Un totale adunque di 28 operazioni sino al 90.

Io ho potuto raccogliere la storia di altri 11 casi di questi ultimi 5 anni.

In verità l'operazione è stata praticata nella maggior parte dei casi per cancro od epitelioma (24); due volte per restringimento cicatriziale esofageo; una volta per un fibro-lipoma; cinque per fibromi; cinque per sarcomi.

Tra quei casi vi sono due operazioni eseguite per corpi estranei capitati nel faringe. Ma di questi non è a tener conto in tale occasione, anche perchè le faringotomie per questi incidenti accidentali sono oggi numerose.

Le 37 faringotomie fatte per varie lesioni patologiche hanno dato una mortalità di un terzo circa; morte avvenuta sul letto di operazione o pochi giorni dopo: ed a proposito dei 5 sarcomi, due sono morti in primo tempo (Weeler, Lange) e due guariti (Baum, Wilson), del quinto ignoro il risultato (Bergmann).

In generale la causa di morte fu o per emorragia, o per le manovre laboriose e necessarie per arrestarla; o per infezione della

ferita o delle vie bronco-pulmonari. Sotto questo punto di vista la operazione ha oggi perduto molto della sua originaria gravità, perchè spesso riusciamo a parare gli accidenti e le conseguenze della sepsi.

Il procedimento comunemente seguito è stato quello originario di Langenbeck, cioè del taglio trasversale nella regione sotto-ioidea a traverso la membrana tiro-ioidea; più raramente ed in casi di necessità l'incisione è partita dal di fuori ed in sotto dell'angolo labiale giù fin ai lati del tiroide e fin oltre ancora, con resezione temporanea del mascellare inferiore. Questa operazione del Mikulicz è indicata per asportare altresì i tessuti del pavimento della bocca.

Più raramente ancora il processo è stato della incisione trasversale sotto ioidea combinato a quello verticale del triangolo carotideo.

Nei miei due casi, come or ora esporrò, sono riuscito ad aprirmi un'ampia e sufficiente breccia, procedendo con un'incisione premastoidea fin giù di sopra l'articolazione sterno-clavicolare.

Nel primo caso la via percorsa fu precarotidea; nel secondo retrocarotidea.

Oss. 1.ª — Santoro Paolo Antonio, di anni 45, da Cisternino (Bari) carrettiere, ammogliato con figli.

Ha sofferto di febbri malariche. Non si è contagiato di morbi venerei, nè sifilitici. Fin dall' età di 20 anni avvertì un senso di molestia nell' atto della deglutazione, molestia di cui non si diè pena affatto.

1888. Otto anni fa, consultato un sanitario, si constatò un tumoretto della grossezza d'una nocciuola sull'*epiglottide*, e ne fu operata l'escisione.

1891. Tre anni dopo, il tumore riprodottosi venne ancora asportato.

In seguito si è riprodotto costantemente e con maggior rapidità, l'escissione è stata fatta ancora cinque volte, con intervalli di tempo sempre minori.

1895. Nel mese di decembre ultimo, fu da un distinto specialista, operato per tre volte con intervallo di circa una settimana.

Ciò non ostante il tumore continuò a crescere sì da ostacolare la deglutizione, e, nella posizione orizzontale dell' infermo, rendere difficile la respirazione.

Il tumore è stato sempre indolente, però da qualche tempo lo ammalato avverte dolori lancinanti che s'irradiano alla metà destra della faccia.

I genitori viventi e sani. Nulla nei collaterali.

Esame funzionale — Individuo di forte costituzione scheletrica. Nulla nell' apparecchio cardio-vascolare, nè in quello bronco-pulmonale, e gastro-intestinale.

Stato attuale—Nella porzione laterale diritta del faringe, immediatamente dietro il pilastro posteriore si vede sporgere l' estremo superiore di un tumore, che si rende più appariscente stirando fortemente la lingua in fuori. L'apparenza di questa porzione che si guarda, è papillare, e quindi ha superficie irregolare, grigiastro sporca, coperta quà e là di punti giallastri e come ulcerati. Questa porzione visibile, grossa quanto una castagna, occupa tutta la gola lasciando appena una rima a sinistra.

Col dito si limita bene il tumore in alto, indietro ed inavanti, dove si mostra addossato al pilastro posteriore, ed arriva molto in basso nell'esofago, sicchè non si riesce a raggiungere il limite inferiore anche tirando forzatamente la lingua infuori.

L'esame col laringoscopio mostra che il tumore si estende sino all' epiglottide e glottide in avanti, ma in giù non si ricovre il limite inferiore. Sembra che il punto di partenza sia stato la parete laterale faringo-esofagea.

Il tumore reca abbastanza molestia nei movimenti di deglutazione, ma il disturbo maggiore è nella respirazione, specie nel decubito dorsale.

Non vi sono state mai emorragie, ne' dolori lancinanti.

Analisi dell' Urina—P. S. 1021. Assenza di albumina, di mucopus, zucchero diabetico, di acetone, di melanogeno e di pigmenti patologici d'ogni maniera. Nulla d'importante neppure al microscopio.

Esame del sangue—Emoglobina 75, all' emometro di Fleisch.

Diagnosi — Fibro-sarcoma faringo-esofageo.

Operazione — Cocainizzazione della regione tracheale. Incisione dal cricoide in giù a mano sospesa; fissazione della trachea con tenaculum ed apertura di essa; introduzione d' una grossa canula di Trendelenburg, che provoca molti accessi di tosse assai stizzosa e molesta. Dopo pochi minuti tranquillità; si passa alla cloroformizzazione attraverso l'apertura della cannula.

Incisione da dietro l' angolo della mascella, lungo il margine dello sterno-cleido-mastoideo sin sotto la metà del collo, sino a scovrire la profonda regione carotidea.

Legatura de' vasi tiroidei superiori, poi dei mascellari esterni.

Spostamento del fascio nervo-vascolare in fuori (Carotide-Giu-

gulare interna-pneumo-gastrio); resta dispiegato in sopra, in senso trasversale al campo operativo, la grande anza dell' ipoglosso.

Viene scoperta allora la membrana carnosa esofagea; con un catetere metallico, introdotto dalla gola, la si rende prominente e la s'incide longitudinalmente, tanto da introdurre l'indice sinistro, mentre il catetere viene ritirato.

Si sospende la cloroformizzazione e l' infermo si sveglia.

Il dito nell' esofago raggiunge e circoscrive il limite inferiore del tumore.

Qui il dito, scorrendo sulla doccia limitante il tumore in avanti, distende la membrana esofagea che viene a gradi a gradi tagliata con forbici e suturata.

Si procede così sino alla inserzione corrispondente dell' epiglottide; spostando in alto l'ansa dell' ipoglosso. Nella incisione progressiva viene compreso il margine libero dell' epiglottide e quindi del ligamento ari-epiglottico; allora è messo a nudo il laringeo superiore. Non potendo i due nervi subire ulteriore spostamento in alto si ritira il dito dall'esofago, si lasciano scendere i tronchi nervosi in giù, e l' apertura esofagea si raggiunge col dito penetrato di sopra il laringeo. Si continua nell' istessa maniera la dissezione della parete faringea col tumore sino al suo limite superiore. Si ripiglia l'istesso lavoro posteriormente e da giù, e seguendo la stessa manovra si raggiunge il limite superiore ed il tumore viene rimosso.

Pochi rami arteriosi faringeali furono legati, avendo provveduto in gran parte con sutura a sopragetto. La sutura s' incominciò in senso trasversale sulla parete anteriore e posteriore, finchè fu possibile, giacchè il ravvicinamento completo dell'una verso l'altra non era possibile.

Quando lo spazio antero-posteriore fu ristretto per opera delle suture trasversali, allora si potè suturare nel senso longitudinale, all'angolo superiore ed all'angolo inferiore. Ne risultò così una sutura a croce; ma il cui centro restò aperto.

Al sangue venuto nel glottide si provvide con spugne e batuffoli di garza.

La ferita fu suturata in gran parte in sopra ed in sotto, lasciando ritornare al loro posto vasi e muscoli: un tubo a fognatura fu collocato in prossimità dell' angolo inferiore e superficialmente da non raggiungere la profondità dei vasi.

Poche molestie nel giorno, determinate dalla presenza della cannula e dalla tosse.

Per questa ragione, e perchè realmente la cannula aveva risposto assai insufficientemente allo scopo, essa fu, nella sera stessa, rimossa, e la respirazione compiendosi per la ferita e pel glottide, l'infermo ne ebbe un immediato sollievo.

Se non che dietro e durante alcuni forti sforzi di tosse, si fece un enfisema discreto del collo e parete anteriore del torace. In quel grosso e carnoso collo, con quel robusto torace fu facile la perdita di parallelismo tracheo-cutanea e quindi il po' d'enfisema. A questo fu provveduto coll' immettere una piccola striscia di garza all'angolo inferiore di tutta la ferita.

L'apertura faringea comunicò nei primi giorni largamente colla ferita esterna : aria e liquidi passarono dall' interno al di fuori e viceversa.

Fu curata moltissimo e continuamente l'asepsi della ferita tracheale e faringea, sicchè, in 20 giorni, si chiuse la ferita tracheale ed al 38° giorno tutta la ferita al collo.

Ed è qui, o Signori, l' infermo che ha subito con eccezionale rassegnazione, pazienza e giudizio le operazioni (due) quasi in veglia e tutte le molestie del trattamento dei primi giorni.

Egli ha raccolto il frutto della sua condotta esemplare, ed io conto che la sua guarigione sia davvero radicale e definitiva.

2.° *Caso*

Gallo Giuliano da Napoli, d'anni 38, argentiere, ricevuto il 26 febbraio 1896—Ammogliato con figli.

Nulla sofferse nell'infanzia. A 22 anni si contagiò di ulcera molle che fu seguita da linfoadenite inguinale a destra. In seguito sofferse blenorragia; null' altro di notevole. Nessuna traccia di sifilide.

L'attuale malattia cominciò circa 12 anni addietro con un dolore nelle fauci, specie durante la deglutizione e contemporaneamente s'accorse l'infermo d'un gonfiore nella metà destra del velopendolo. Si disse trattarsi di faringite e furono praticate cure corrispondenti. Scomparso il dolore, l' infermo continuò ad avvertire un' ostacolo nella deglutizione. A poco a poco l' ugola si spostava insensibilmente in giù e verso sinistra, mentre tutto il velopendolo si abbassava.

Da due anni a questa parte, ha incominciato a soffrire disturbi nella respirazione e nella favella; la voce ha assunto a poco a poco un timbro nasale ; è divenuta inceppata la pronunzia di qualche lettera (p. c. n); ed è divenuto rumoroso il russare durante il sonno.

Stato attuale — Individuo di buona costituzione, ben conformato. Collo grosso ma nessuna deformità apparente.

L'individuo richiama l' attenzione sulla sua voce, divenuta fortemente nasale, e una certa difficoltà nel parlare; e sul respiro, che è alquanto ostacolato, tanto che qualche volta, di notte, vi è stato minaccia di soffocazione.

Osservando la gola dell'infermo si vede che la metà dritta del palato duro e porzione corrispondente del velopendolo sono fortemente abbassate, e spostati in avanti; la loggia tonsillare è scomparsa ed occupata invece da una massa che riempie completamente la dietrobocca.

L' ugola è fortemente spinta a sinistra ed abbassata fino a toccare la base della lingua.

Tra la massa del tumore è i pilastri di sinistra si può scorrere col dito, e si sente la tonsilla completamente atrofica, ridotta ad una sottile membrana.

Cercando di delimitare la massa del tumore, si sente che esso sporge liberamente nella cavità del faringe ed apertura esofagea; in alto non si arriva a toccarne l'impianto, in basso arriva sino al tiroide senza però aderirvi: della gola non resta che una rima a sinistra, che permette appena il passaggio dei liquidi, e di un filo d' aria.

La superficie del tumore è uniforme, liscia: la consistenza duro-elastica, non fluttuante. É indolente sia alla palpazione che spontanemente. La mucosa che lo ricopre è integra e non aderisce al tumore.

Nessun disturbo dell'udito, nè degli altri organi specifici, tranne i sopraccennati.

Esame dell'urina—C. C. 400. P. S. 10 16.— Albumina appena 1|25 di grammo per litro: assenza di muco-pus, di zucchero diabetico, di acido etildiacetico, di acetone e di pigmenti patologici d'ogni maniera: nulla d' anormale al microscopio e quindi neppure un cilindro qualunque.

Esame del sangue — Emoglobina 70 all'emometro di Fleisch.

Diagnosi — Fibro-sarcoma; Perifaringo-esofageo.

Operazione. — Senza preventiva tracheotomia. Incisione come nel caso precedente.

Raggiunto il fascio nerveo-vascolare lo si ritrova spostato in avanti, sicchè riesce agevole portarlo tutto insieme, col laringe e trachea in avanti; sicchè legate due piccole arteriole partite dal lato

posteriore della carotide esterna (occipitale ed auricolare) si raggiunge immediatamente il polo inferiore del tumore, il quale viene dissecato in sopra sin sotto la faccia profonda della parotide, la quale, offrendo un' ostacolo alla progressione della dissezione, viene in parte incisa e poi lacerata per rispettare il facciale.

Così la dissezione con spatola e col dito viene portata in alto fino al livello dell' apofisi trasversa dell' atlante.

Allora si ripiglia la dissezione per progressivo scollamento e piccoli tagli colle forbici, a tutto il lato interno del tumore, dissecandolo così da tutta le parete laterale e posteriore della faringe.

Il tumore è ridotto ad un limitato attacco superiore che viene anch'esso dissecato mercè un raschiatoio ottuso. Si fa la legatura successiva di piccole arteriole e la ferita viene tutta suturata con sutura profonda, lasciando ai vasi l'agio di adagiarsi e colmare in parte lo spazio lasciato dal tumore rimosso. Una piccola striscia di garza fu lasciata tra le margini d'un punto della ferita, la quale striscia, rimossa dopo 24 ore, non impedì la riunione per prima, che si compiè rapidamente, da permettere all' infermo di lasciare l'ospedale in 9 giornate.

Esame anatomico

Presento qui il primo tumore—Ha le apperenze di un tumore papillare.

E lungo circa nove centimetri, largo tre. Alla sua superficie profonda si notano appesi due nastrini membranosi, che sono i residui della parete anteriore e posteriore faringeale.

A circa metà altezza è appeso il lembo marginale dell'epiglottide col relativo ligamento ari-epiglottico.

La superficie tuberosa e villosa fece sospettare di un epitelioma; ma nel fatto si è dimostrato un sarcoma fusicellare con relativo tessuto fibroso: in alcuni punti notevole sviluppo vascolare, come si nota nella Figura ritratta da un taglio molto vicino alla superficie.

***

Il secondo tumore, grosso quanto un uovo di pollo, ma più allungato, è, come si vede nel pezzo presentato, circondato da una perfetta capsula, che dice pure della completa enuclazione.

La sua apparenza al taglio è chiaramente sarcomatosa con zona di rammollimento per degenerazione.

La sua struttura è di un sarcoma anch'esso fusicellare ed in alcune aiuole chiaramente mixomatosa.

